การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

The Development of a Preterm Birth Prevention Model, Kantharawichai District, Maha Sarakham Province.

(Received: October 27,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

พยอม คำเสนา[1]
Phayom Khamsana[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การคลอดก่อนกำหนด พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอนามัยแม่และเด็ก และประเมินผลการใช้รูปแบบในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงกันยายน พ.ศ. 2567 โดยศึกษาข้อมูลการคลอดย้อนหลัง พ.ศ. 2564–2566 และพัฒนารูปแบบร่วมกับทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายตามวงจรการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เครื่องมือที่ระบุในต้นฉบับประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล แบบประเมินปัจจัยเสี่ยง ความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลย้อนหลัง พ.ศ. 2564–2566 มีการคลอดก่อนกำหนดรวม 47 ราย จากหญิงตั้งครรภ์ 673 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.98 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า KANTHARA Model ประกอบด้วยการให้ความรู้ การประเมินความเสี่ยง การประสานเครือข่าย การติดตามต่อเนื่อง การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือน หลังใช้รูปแบบต้นฉบับรายงานว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความพึงพอใจโดยรวมของหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.53, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.768) และรายงานว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงจากร้อยละ 7.79 เป็นร้อยละ 6.14รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวทางจัดระบบการคัดกรอง การให้ความรู้ และการติดตามหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่

คำสำคัญ: การคลอดก่อนกำหนด, หญิงตั้งครรภ์, รูปแบบการดูแลขณะตั้งครรภ์, เครือข่ายสุขภาพแม่และเด็ก, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ABSTRACT

This action research aimed to examine the local preterm birth situation, develop an antenatal care model with the maternal and child health network, and evaluate its implementation in Kantharawichai District, Maha Sarakham Province. The study was conducted from October 2023 to September 2024. Preterm birth records from 2021 to 2023 were reviewed, and the care model was developed collaboratively with healthcare personnel and local partners through cycles of planning, action, observation, and reflection. The instruments described in the manuscript included data recording forms and assessments of preterm birth risk factors, knowledge, preventive behaviors, and pregnant women's satisfaction.

During 2021–2023, 47 preterm births were recorded among 673 pregnant women (6.98%). The resulting *KANTHARA Model* comprised education, risk assessment, network coordination, continuous follow-up, health behavior promotion, and an alert system. Following implementation, the manuscript reported a statistically significant increase in knowledge about preterm birth prevention ($p < .05$). Overall satisfaction among pregnant women was high (mean = 4.53, SD = 0.768). The manuscript also reported a decrease in the preterm birth rate from 7.79% to 6.14%.

Keywords: preterm birth; pregnant women; antenatal care model; maternal and child health network; action research

[1] โรงพยาบาลกันทรวิชัย

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดทารกมีชีพก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ เป็นปัญหาสำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก เนื่องจากทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในระยะทารกแรกเกิด ขณะที่ทารกที่รอดชีวิตบางส่วนอาจประสบปัญหาสุขภาพ ความพิการ หรือความล่าช้าด้านพัฒนาการในระยะยาว ผลการประมาณสถานการณ์ระดับโลกที่เผยแพร่ในปี ค.ศ. 2023 ระบุว่า ในปี ค.ศ. 2020 มีทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 13.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.9 ของการเกิดมีชีพทั่วโลก หรือประมาณหนึ่งในสิบทารกแรกเกิด องค์การอนามัยโลกรายงานว่าภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีเด็กเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวประมาณ 900,000 คนในปี ค.ศ. 2019[1]

เมื่อพิจารณาแนวโน้มระยะยาว พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย จากร้อยละ 9.8 ในปี ค.ศ. 2010 เป็นร้อยละ 9.9 ในปี ค.ศ. 2020 โดยอัตราการลดลงเฉลี่ยต่อปีอยู่ที่เพียงร้อยละ 0.14 สะท้อนว่าความก้าวหน้าในการลดปัญหานี้ยังมีจำกัด นอกจากนี้ การคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 65 ของโลกเกิดขึ้นในภูมิภาคเอเชียใต้และแอฟริกาตอนใต้ของทะเลทรายซาฮารา ขณะที่อัตราการคลอดก่อนกำหนดระหว่างประเทศในปี ค.ศ. 2020 แตกต่างกันตั้งแต่ประมาณร้อยละ 4 ถึงร้อยละ 16 ความแตกต่างดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพิจารณาทั้งปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และบริบทของระบบบริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่[2]

ผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนดมิได้สิ้นสุดเมื่อทารกพ้นระยะวิกฤต รายงาน Born too soon: Decade of action on preterm birth ระบุว่า ในช่วงหนึ่งทศวรรษมีทารกทั่วโลกคลอดก่อนกำหนดรวมประมาณ 152 ล้านคน และทารกที่รอดชีวิตอาจต้องเผชิญผลกระทบต่อสุขภาพและพัฒนาการต่อเนื่อง ความแตกต่างของโอกาสรอดชีวิตยังเด่นชัด โดยในกลุ่มทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ โอกาสรอดชีวิตในประเทศรายได้ต่ำอยู่ที่ประมาณหนึ่งในสิบ เทียบกับมากกว่าเก้าในสิบในประเทศรายได้สูง สถานการณ์นี้สะท้อนความสำคัญของการป้องกัน การเข้าถึงการดูแลที่มีคุณภาพ และความต่อเนื่องของการดูแลแม่และทารก[1]

สำหรับประเทศไทย กรมอนามัยรายงานว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดของประเทศอยู่ที่ร้อยละ 9.91 ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ต่ำกว่าร้อยละ 8 กรมอนามัยจึงให้ความสำคัญกับการฝากครรภ์เร็ว การคัดกรองความเสี่ยงในระยะแรก และการทำให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวรู้จักสัญญาณเตือนเพื่อเข้ารับการประเมินอย่างทันท่วงที ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แม้ประเทศไทยมีความก้าวหน้าด้านอนามัยแม่และเด็กโดยรวม การคลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องพัฒนาการค้นหาความเสี่ยง การให้ความรู้ การติดตามหญิงตั้งครรภ์ และการส่งต่ออย่างเหมาะสมตามบริบทพื้นที่ ควรเพิ่มอัตราการคลอดก่อนกำหนดของประเทศ/เขตสุขภาพที่ 7 ในปีงบประมาณ 2564–2566 ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีอยู่ก่อนเริ่มวิจัย[1]

ประเด็นกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน (practice trigger) ในพื้นที่โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ข้อมูลที่ผู้วิจัยรวบรวมจากทะเบียนบริการในช่วง พ.ศ. 2564–2566 พบการคลอดก่อนกำหนด 17 รายจากหญิงคลอด 216 รายในปี พ.ศ. 2564, 15 รายจาก 209 รายในปี พ.ศ. 2565 และ 15 รายจาก 248 รายในปี พ.ศ. 2566 คิดเป็นร้อยละ 7.87, 7.18 และ 6.05 ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 47 รายจากหญิงคลอด 673 ราย แม้อัตรารายปีมีแนวโน้มลดลง แต่ยังพบการคลอดก่อนกำหนดทุกปี และแม้อัตราดังกล่าวจะต่ำกว่าเป้าหมายระดับประเทศ การคลอดก่อนกำหนดแต่ละรายยังส่งผลกระทบต่อทารกและครอบครัว ประกอบกับโรงพยาบาลชุมชนมีข้อจำกัดในการ

ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดซึ่งจำเป็นต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ข้อมูลดังกล่าวจึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยทบทวนกระบวนการดูแลตั้งแต่การค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน การติดตามหลังรับบริการฝากครรภ์ ตลอดจนการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายชุมชน[3]

ประเด็นกระตุ้นจากองค์ความรู้ (knowledge trigger) หลักฐานและข้อแนะนำร่วมสมัยชี้ว่า การคลอดก่อนกำหนดสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน ทั้งการตั้งครรภ์แฝด การติดเชื้อ และโรคประจำตัวบางชนิด ขณะที่บางรายไม่สามารถระบุสาเหตุได้อย่างชัดเจน องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญกับการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ที่เริ่มเร็ว การประเมินและจัดการปัจจัยเสี่ยง การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และการติดต่อกับบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รายงาน Born too soon: Decade of action on preterm birth ยังเสนอให้พัฒนาคุณภาพการดูแลควบคู่กับการจัดการปัจจัยที่อยู่นอกระบบบริการสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ในประเทศไทยราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยได้เผยแพร่แนวทางเวชปฏิบัติเรื่องการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด ใน พ.ศ. 2567 ซึ่งเป็นแหล่งอ้างอิงสำหรับการดูแลเมื่อพบภาวะดังกล่าว[4]

อย่างไรก็ตาม ช่องว่างความรู้และการนำความรู้สู่การปฏิบัติ (gap of knowledge) ของงานวิจัยนี้ คือ แม้จะมีแนวทางเวชปฏิบัติและงานวิจัยในประเทศที่พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด แต่งานวิจัยดังกล่าวส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือมุ่งเน้นการดูแลภายในโรงพยาบาล ยังไม่มีการศึกษาที่แสดงอย่างชัดเจนว่า ในบริบทของอำเภอกันทรวิชัยควรเชื่อมการคัดกรองความเสี่ยง การให้ความรู้ การติดตามรายบุคคล ระบบแจ้งเตือน และการประสานงานระหว่างหน่วยบริการกับชุมชนอย่างไรให้เป็นรูปแบบการดูแลเดียวกัน และเมื่อนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้แล้ว กระบวนการดูแลและผลลัพธ์ที่ติดตามจะเปลี่ยนแปลงอย่างไร ช่องว่างนี้จึงเป็นคำถามเกี่ยวกับการออกแบบและนำระบบดูแลไปใช้ในพื้นที่ มิใช่ข้อสรุปว่ายังไม่มีองค์ความรู้หรือแนวทางทางคลินิกเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด[5]

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับบุคลากรสุขภาพและภาคีเครือข่ายอนามัยแม่และเด็กในอำเภอกันทรวิชัย เพื่อศึกษาสถานการณ์และกระบวนการดูแลเดิม พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และประเมินผลหลังนำรูปแบบไปใช้ ทั้งด้านกระบวนการ ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ ความพึงพอใจ และการคลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาคาดว่าจะเป็นข้อมูลสำหรับพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของอำเภอกันทรวิชัย และเป็นแนวทางสำหรับพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยงที่พบและกระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้น ด้านความรู้ พฤติกรรมการป้องกัน ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ และอัตราการคลอดก่อนกำหนด

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึง

กันยายน 2567 เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส และแมกทากาด[6] มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) เริ่มต้นด้วยการหาปัญหาโดยกระบวนการมีส่วนร่วมแลวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Action) เป็นการกำหนดแนวทางในแผนงานโครงการและมุ่งปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนที่วางไว้ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation) โดยขณะการวิจัยมีการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนที่วางไว้มีการสังเกตการณ์ควบคู่ไปด้วย พร้อมกับบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสิ่งทีสังเกตคือ กระบวนการปฏิบัติการ และผลของการปฏิบัติการ ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษา มีจำนวนทั้งหมด 315 คน ประกอบด้วย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลกันทรวิชัย จำนวน 248 คน

2. ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก จำนวน 32 คน

3. ภาคีเครือข่าย จำนวน 35 คน ได้แก่ คณะกรรมการชุมชน 15 คน สมาชิกเทศบาล 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 12 คน และผู้นำชุมชน/อื่น ๆ 3 คน

กลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวนทั้งหมด 50 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. **หญิงตั้งครรภ์** จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและใช้ในการประเมินผล โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลกันทรวิชัยหรือหน่วยบริการในเครือข่าย 2) อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ ณ วันที่เข้าร่วมโครงการ 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัยตลอดช่วงการวิจัย 4) สื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ย้ายที่อยู่หรือย้ายสถานที่ฝากครรภ์ระหว่างการวิจัย หรือขอถอนตัวจากการวิจัย

2.**ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย** จำนวน 20 คน เป็นผู้ร่วมวิจัยในกระบวนการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ แพทย์ 1คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 14 คน อสม. 1 คน และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ผู้นำชุมชน 2 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมตลอดกระบวนการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1) รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (KANTHARA MODEL)

2) คู่มือแนวปฏิบัติสำหรับทีมสหวิชาชีพและ อสม. โปรแกรมฐานข้อมูลเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด

3) สติ๊กเกอร์แสดงความเสี่ยงวันครบ37 สัปดาห์และอาการที่ควรมาพบแพทย์ทันทีพร้อมเบอร์โทรศัพท์สำหรับติดในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) และเอกสารแผ่นพับความรู้เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1)**แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป** ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลำดับของการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบและแบบปลายเปิดให้กรอกหรือระบุข้อมูล จำนวน 12 ข้อ

2) แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงวิชาการที่เกี่ยวข้อง

โดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดจาก American College of Obstetricians and Gynecologists[2] เพื่อใช้ประเมินปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดที่ผ่านมา จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านการตั้งครรภ์ปัจจุบัน จำนวน 9 ข้อ 3) ด้านโรคประจำตัวและโรคร่วม จำนวน 4 ข้อ และ 4) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ จิตใจ และสังคม จำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ มีปัจจัยเสี่ยง และไม่มีปัจจัยเสี่ยง โดยกำหนดคะแนนเบื้องต้นเป็น 1 และ 0 คะแนนตามลำดับ ทั้งนี้ การจำแนกระดับความเสี่ยงพิจารณาร่วมกันระหว่างจำนวนปัจจัยเสี่ยงและชนิดของปัจจัยเสี่ยงสำคัญทาง

3) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบถูก–ผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนนและจัดระดับความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด นั้น ใช้การพิจารณาแบบแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ แบบอิงเกณฑ์โดยใช้วิธีการประเมินของบลูม[7] ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง ตามเกณฑ์ดังนี้

ต่ำกว่า 12 คะแนน (<ร้อยละ 60) มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ระดับต่ำ

12-15 คะแนน (ร้อยละ 60-79) มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ระดับปานกลาง

16 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ระดับสูง

4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการและการดูแลตนเอง ด้านการพักผ่อนและการทำงาน ด้านการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ด้านการฝากครรภ์และการติดตาม และด้านการเฝ้าระวังอาการเตือนและการไปรับบริการ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ประเมินพฤติกรรม

5) แบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการให้ข้อมูลและคำแนะนำ จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านสื่อและเครื่องมือที่ใช้ในการดูแล จำนวน 3 ข้อ และ 3) ด้านการติดตามและเครือข่ายการดูแล จำนวน 4 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1–5

ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[6] จำนวน 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 (ตุลาคม 2566 – กุมภาพันธ์ 2567)

1. **การวางแผน (P1: Plan)** ค้นหาปัญหาด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลกันทรวิชัยเพื่อวางแผนการดำเนินงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์

2. การปฏิบัติ (A1: Action) กำหนดแนวทางในแผนงานโครงการและดำเนินการด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ จัดทำฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์อำเภอกันทรวิชัย วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ คืนข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องในเครือข่าย สร้างความร่วมมือในการเชื่อมโยงการทำงาน กำหนดแนวทางการดำเนินงาน และระบบส่งต่อเมื่อหญิงตั้งครรภ์กลับไปอยู่ในชุมชน

3. การสังเกต (O1: Observation) สังเกตและบันทึกกระบวนการปฏิบัติและผลของการปฏิบัติควบคู่กับการดำเนินกิจกรรม ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงหรืออุปสรรคระหว่างการปฏิบัติงาน และจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อติดตามผลเป็นระยะ

4. การสะท้อนผล (R1: Reflection) นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์และประมวลผล คืนข้อมูลสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์แก่ผู้เข้าร่วมประชุม รับฟังข้อเสนอแนะ รวบรวมแนวทาง ผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค มาจัดหมวดหมู่และสังเคราะห์เพื่อวางแผนการพัฒนาในวงรอบต่อไป

วงรอบที่ 2 (พฤษภาคม – กันยายน 2567)

1. **การวางแผน (P2: Plan)** รวบรวมประเด็นที่ต้องปรับปรุง ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา และการป้องกันความเสี่ยงจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนนำมาจัดหมวดหมู่วิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และจัดทำแผนงานโครงการสนับสนุนการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

2. การปฏิบัติ (A2: Action) แต่งตั้งและประชุมคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด คืนข้อมูลสถานการณ์และปัญหาของการดำเนินงานที่ผ่านมา จัดทำโปรแกรมรับขึ้นทะเบียนตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงคลอด โดยจำกัดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้เกี่ยวข้องตามบทบาท ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และ อสม. ผู้รับผิดชอบ อบรมให้ความรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการดูแลเบื้องต้นแก่แกนนำ อสม. จำนวน 50 คน และให้ความรู้อย่างต่อเนื่องแก่ อสม. ทุกคนผ่านการประชุมประจำเดือน รวมทั้งประชุมทีมสหวิชาชีพและทีมหมอครอบครัว 3 หมอ เพื่อสร้างความเข้าใจในรูปแบบการติดตามเยี่ยมและการรายงาน

3. การสังเกต (O2: Observe) ผู้วิจัยลงพื้นที่ร่วมปฏิบัติงานและร่วมดูแลหญิงตั้งครรภ์ ให้คำแนะนำระหว่างการเยี่ยมบ้านประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาประสานแหล่งช่วยเหลือหรือส่งต่อในชุมชนหรือระหว่างหน่วยงาน และจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อติดตามผลเป็นระยะ

4. การสะท้อนผล (R2: Reflection) รวบรวมข้อมูล แนวทาง ผลการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรค มาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่สังเคราะห์ และสะท้อนผลการดำเนินงานแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย เพื่อสรุปเป็นรูปแบบฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

นำรูปแบบ KANTHARA MODEL ไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดก่อนการใช้รูปแบบ (ณ วันที่เข้าร่วมโครงการ) และหลังการใช้รูปแบบ (ห่างกัน 4 สัปดาห์) ประเมินความพึงพอใจหลังสิ้นสุดการดูแล ติดตามผลการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง และเปรียบเทียบอัตราการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลในช่วงก่อนใช้

ผลการวิจัย

สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด ในช่วงปี พ.ศ. 2564–2566 โรงพยาบาลกันทรวิชัยมีหญิงคลอดก่อนกำหนดรวม 47 รายจาก 673 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.98 อัตรามีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 7.87 เป็น 7.18 และ 6.05 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังพบการคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องทุกปี ปัจจัยที่พบมาก ได้แก่ มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 38.30) มารดาอายุมากกว่า 35 ปี (ร้อยละ 21.28) และความเครียด (ร้อยละ 17.02) โดยร้อยละ 25.53 ไม่พบปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจน และปัญหาของระบบการดูแลเดิม ได้แก่ การขาดฐานข้อมูลกลาง การคัดกรองความเสี่ยงที่ยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การขาดความรู้เรื่องสัญญาณเตือน การติดตามที่ไม่ต่อเนื่อง และการขาดช่องทางแจ้งเตือนที่รวดเร็ว รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ได้รูปแบบ “KANTHARA MODEL” ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ K – Knowledge การให้ความรู้ A – Assessment

การคัดกรองความเสี่ยง N – Network เครือข่ายการดูแล T – Tracking การติดตามต่อเนื่อง H – Health Behavior การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และ A – Alert System ระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือน โดยมีกลไกสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ คณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ โปรแกรมฐานข้อมูลเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน สติ๊กเกอร์แสดงความเสี่ยง วันครบ 37 สัปดาห์ และอาการเตือนพร้อมเบอร์โทรศัพท์ในสมุดสีชมพู การอบรมแกนนำ อสม. 50 คน ทีมหมอครอบครัว 3 หมอ และการเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกราย

ผลของการใช้รูปแบบ ภายหลังการใช้รูปแบบ 1)หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)2)หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ (p <.001) 3) อัตราการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลลดลงจากร้อยละ 7.80 เป็นร้อยละ 6.13แต่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และ4)หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อการดูแลตามรูปแบบโดยรวมในระดับมาก (M = 4.26) โดยข้อที่พึงพอใจสูงสุดคือคำแนะนำของพยาบาลเข้าใจง่าย และข้อที่ต่ำที่สุด คือ ความเข้าใจง่ายของเอกสารแผ่นพับ

สรุปและอภิปรายผล

ผลของการใช้รูปแบบ ภายหลังการใช้รูปแบบ 1)หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p<.001)2)หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ (p <.001) 3) อัตราการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลลดลงจากร้อยละ 7.80 เป็นร้อยละ 6.13แต่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และ4)หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อการดูแลตามรูปแบบโดยรวมในระดับมาก (M = 4.26) โดยข้อที่พึงพอใจสูงสุดคือคำแนะนำของพยาบาลเข้าใจง่าย และข้อที่ต่ำที่สุด คือ ความเข้าใจง่ายของเอกสารแผ่นพับ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ได้รูปแบบ “KANTHARA MODEL” ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ K – Knowledge การให้ความรู้ A – Assessment การคัดกรองความเสี่ยง N – Network เครือข่ายการดูแล T – Tracking การติดตามต่อเนื่อง H – Health Behavior การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และ A – Alert System ระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือน โดยมีกลไกสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ คณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ โปรแกรมฐานข้อมูลเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน สติ๊กเกอร์แสดงความเสี่ยง วันครบ 37 สัปดาห์ และอาการเตือนพร้อมเบอร์โทรศัพท์ในสมุดสีชมพู การอบรมแกนนำ อสม. 50 คน ทีมหมอครอบครัว 3 หมอ และการเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกราย[8,9]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในบริบทของพื้นที่ โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ เช่น การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

2. ควรประเมินผลในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ โดยติดตามอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดเป็นรายบุคคล

3. ควรศึกษาแบบกึ่งทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และติดตามผลในระยะยาวอย่างน้อย 1–2 ปี

4. ควรศึกษาประสิทธิผลของสื่อออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นต่อความรู้และพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. (2567, 17 พฤศจิกายน). กรมอนามัยเผยสถานการณ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงไทย พร้อมขับเคลื่อนมาตรการป้องกัน [ข่าวสารกรมอนามัย]. https://anamai.moph.go.th/th/news-anamai/44562
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Management of preterm labor (Practice Bulletin No. 171). https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2016/10/management-of-preterm-labor
3. โรงพยาบาลกันทรวิชัย. (2566). ทะเบียนฝากครรภ์และทะเบียนคลอด โรงพยาบาลกันทรวิชัย พ.ศ. 2564–2566
4. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2567). การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (Management of preterm labor and preterm prelabor rupture of membranes) (แนวทางเวชปฏิบัติ OB 67-035). https://www.rtcog.or.th/content/readfiles/8
5. กัลยา มณีโชติ, และนิจ์สากร นังคลา. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารกองการพยาบาล, 44(2), 7–24.
6. Krejcie, R.V., & Morgan, D.W., (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement.
7. Bloom, B. M. (1968). Learning for Mastery. Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs, 1, 1-12.
8. ชลทิชา รักษาธรรม, ทวีศักดิ์ กสิผล, และกมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม. (2561). แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(ฉบับพิเศษ), 348–356.
9. พรศิริ เสนธิริ, สุดใจ ศรีสงค์, รัศมีแข พรหมประกาย, และมณีรัตน์ เพิ่มชาติ. (2559). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 34(2), 164–173.